



REVALIDACIÓN DE MATERIAS

Fecha: _____

Nombre completo: _____ Grupo: _____

Revalidación de Materias Universidades Tecnológicas: _____

Nombre UT de la que van a revalidar materias

Carrera: _____

Cuatrimestre: _____

MATERIA	CALIFICACIÓN CON LETRA
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
13.-	
14.-	
15.-	
16.-	
17.-	

Nombre
Responsable de revalidación de materias